

Syfilis – aktuálny problém

Syphilis – a Topical Problem

Miklošová L.¹, Pappová T.¹, Péčová T.¹, Kozárová A.¹, Smolárová M.²

¹Dermatovenerologická klinika Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave a Univerzitná nemocnica Martin

²Kožná ambulancia Dermagal s.r.o., Martin

korešpondencia: tpecova@gmail.com

Súhrn

Autori sa zaoberajú problematikou pohlavne prenosného ochorenia syfilisu, u ktorého v poslednom období sa celosvetovo pozoruje zvýšený výskyt, a preto je potrebné tomuto ochoreniu venovať zvýšenú pozornosť. Autori analyzujú 5 zaujímavých prípadov syfilisu, kde v prvom prípade išlo o ilustratívne prejavy ulcus durum, v druhom prípade o syphilis secundaria recens, kde exantém bol nesprávne klasifikovaný ako nežiaduci účinok liekov, u tretieho pacienta išlo o rozvinuté prejavy neurosyfilisu, vo štvrtom prípade o kombináciu condyломata acuminata (pôvodne nesprávne klasifikovaný ako condyломata lata), syfilisu a HIV infekcie a v poslednom prípade išlo o syfilis náhodne diagnostikovaný v rámci protokolu pred zahájením biologickej liečby hidradenitis suppurativa adalimumabom. Z uvedených 5 kazuistík vyplýva, že rôznorodosť morfológických prejavov syfilisu môže spôsobovať diferenciálno-diagnostické ťažkosti.

Kľúčové slová: syfilis, ulcus durum, syphilis secundaria recens, neurosyphilis, HIV, adalimumab, hidradenitis suppurativa

Abstract

The authors deal with the problems of syphilis – a sexually transmitted disease. Since its observation has shown a worldwide increase lately, it is necessary to pay increased attention to this disease. The authors analyze 5 interesting case histories of syphilis; as far as the first case is concerned the matter was illustrative manifestations of ulcus durum; the second case showed syphilis secundaria recens where exanthema was wrongly classified as undesirable effects of medicines; the case of the third patient showed developed manifestations of neurosyphilis; the matter in the fourth patient was a combination of condyломata acuminata (originally wrongly classified as condyломata lata), syphilis and HIV infection; the last case history concerned syphilis which was diagnosed accidentally within the protocol before launching the biological treatment of hidradenitis suppurativa by adalimumab.

What results from the mentioned 5 case histories is that the variousness of syphilis morphological manifestations may cause difficulties in differential diagnosis.

Key words: syphilis, ulcus durum, syphilis secundaria recens, neurosyphilis, HIV, adalimumab, hidradenitis suppurativa

Úvod

Syfilis celosvetovo postihuje 12 miliónov osôb ročne, pričom 90 % prípadov pripadá na rozvojové krajiny [1]. Výskyt syfilisu veľmi úzko súvisí so sociálnymi a morálnymi zásadami života spoločnosti. Narastajúca promiskuita a prostitúcia, nezamestnanosť, masívny rozvoj cestovného ruchu, migrácia, trend v zanedbávaní preventívnej zdravotnej starostlivosti, dispenzarizácie a liečby podporujú šírenie tejto nákazy. V deväťdesiatych rokoch bol pozorovaný import infekcie predovšetkým zo štátov bývalého Sovietskeho zväzu. V súčasnosti podiel cudzincov klesá, ale dochádza k nárastu infekcie predovšetkým u homosexuálnych mužov. Z epidemiologického hľadiska je významný vzostup včasných (infekčných) foriem ochorení. Málo dôsledná prevencia u gravidných žien má za následok prípady vrodeného syfilisu [1].

Klinický materiál a výsledky

Na dermatovenerologickej klinike UNM a JLF UK bolo v rokoch 2013 – 2017 diagnostikovaných 50 prípadov syfilisu u pacientov vo veku 17 až 89 rokov, z toho bolo 34 mužov a 16 žien. Vo všetkých prípadoch bol syfilis diagnostikovaný skriningovými testami na syfilis (TPHA a VDRL) a následne potvrdený konfirmačnými testami v Národnom referenčnom centre na diagnostiku syfilisu v Košiciach (VDRL – kvalitatívne a kvantitatívne, FTA-ABS-IgG, ELISA-IgM, ELISA-IgG, Westernblot-IgM, Westernblot-IgG). Všetci pacienti boli vyšetrení neurologicky, v niektorých prípadoch, ak to neurológ indikoval, bolo vykonané aj MR vyšetrenie mozgu, oftalmologické a kardiologické vyšetrenie vrátane ECHO srdca, za účelom vylúčenia orgánového postihnutia. Pri podozrení na postihnutie CNS bola vykonaná

lumbálna punkcia, pričom likvor bol vyšetrený biochemicky a sérologicky v Národnom referenčnom centre na diagnostiku syfilisu v Košiciach.

Zo súboru 34 mužov s verifikovaným syfilisom udalo 8 homosexuálny kontakt, HIV pozitívni boli 4 pacienti, HCV 1 a súčasne HPV infekciu mali dvaja muži, v jednom prípade dokonca gigantické condylomata acuminata – tumor Buschke-Lowenstein s dokázaným genotypom HPV 6 a v jednom prípade bola súčasne so syfilisom potvrdená akútna gonoroická uretritída. V primárnom štádiu s prejavmi ulcus durum a s ingvinálnou lymfadenopatiou boli diagnostikovaní dvaja muži, vo včasnom sekundárnom štádiu s klinickými prejavmi syphilis secundaria recens 7 mužov, v štádiu syphilis latens bez označenia štádia 23 mužov a v terciálnom štádiu s postihnutím CNS s prejavmi neurosyfilisu boli diagnostikovaní 2 pacienti. V jednom prípade bol syfilis sérologicky diagnostikovaný v štádiu syphilis latens bez označenia štádia na základe odberov vykonaných podľa protokolu pred zahájením biologickej liečby ťažkej formy hidradenitis suppurativa. Všetci pacienti boli liečení depotným penicilínom i.m. v jednotlivých dávkach 3 MU každých 7 dní, celkovo 4 x. V niektorých prípadoch syphilis latens bez označenia štádia kde boli výsledky testov na syfilis z likvoru hraničné, a podľa zásady, že nie je chybou keď je dávka penicilínu vysoká a liečba neprimerane dlhá, avšak chybou je, ak je liečba poddávková a krátkodobá, volili sme liečbu kryštalickým penicilínom v dennej dávke 20 MU i.v. v trvaní 21 dní. Pacienti s neurosyfilisom boli liečení i.v. ceftriaxonom v dennej dávke 2 g v trvaní 21 dní. Zo súboru 16 žien boli v štádiu syphilis secundaria recens diagnostikované 4 pacientky a v štádiu syphilis latens bez označenia štádia bolo diagnostikovaných 12 pacientiek. Ani v jednom prípade nebola potvrdená HIV infekcia, ani iné so syfilisom asociované infekčné ochorenie. Počas gravidity bol syfilis ako primoinfekcia diagnostikovaný v 7 prípadoch.

Z prezentovaného súboru 50 prípadov syfilisu diagnostikovaných v našich podmienkach prezentujeme 5 kazuistik, ktoré z klinického aj diagnostického hľadiska považujeme za zaujímavé.

Kazuistika č. 1

28-ročný pacient bol odoslaný na dermatovenerologickú kliniku urológom, kde bol prijatý s ulceráciou na glans penis typu ulcus durum (Obr. 1). Asi pred 2 mesiacmi po pohlavnom styku s priateľkou, s ktorou žije 2 roky, sa mu na glans penis vytvorila krvácajúca ranka a následne, asi po 3 týždňoch počas pobytu vo Švajčiarsku, sa vytvorila uvedená lézia aj s miernym opuchom glans. Okrem priateľky udáva asi pred pol rokom náhodný sexuálny styk s neznámou ženou na diskotéke. Ulcus durum sa po repíkových kúpeľoch začal postupne hojiť, došlo však ku obojstrannému zdurení ingvinálnych lymfatických uzlín a asi po 10 týždňoch sa vytvoril exantém po celom tele. Exantém bol makulózny, farby diskkrétne červenej, klasifikovaný ako roseola syphilitica. V tom čase už mal pacient pozitívne skriningové sérologické testy na syfilis (VDRL pozitívne, TPHA 1:640 pozitívne). Národné referenčné centrum na diagnostiku v Košiciach na základe sérologických vyšetrení (VDRL kvalitatívne reaktívny, VDRL kvantitatívne 1:16



Obr. 1 • Ulcus durum lokalizovaný na glans penis

reaktívny, FTA-ABS-IgG 1:5, 4+ reaktívny, ELISA-IgM pozitívny) potvrdilo diagnostiku včasného symptomatického syfilisu. Na základe negatívneho neurologického, oftalmologického a tiež kardiologického (ECHO) vyšetrenia nebola indikovaná a ani odobratá vzorka mozgomiešneho likvoru, ani vyšetrenie magnetickou rezonanciou mozgu. V rámci referenčných hodnôt boli biochemické parametre mineralogramu, lipidogramu, parametre obličkových funkcií, imunoglobulíny IgG, IgA, IgM, IgE, albumínu v sére, tiež glykémie a hepatálnych enzýmov až na GMT. V rámci referenčných hodnôt bol aj reumatoidný faktor a tiež parametre krvného obrazu diferenciálu. Zvýšené boli z hepatálnych enzýmov GMT – 1,13 ukat/l (norma 0,03 – 0,92); CRP 31,9 mg/l (norma 0,0 – 5,0), hodnoty ASLO 294,4 U/ml (norma 0,0 – 200,0) a sedimentácia erytrocytov 22 za prvú hodinu, znížená bola hodnota sérového železa 6,7 umol/l (norma 12,5 – 32,2). Negatívne boli sérologické testy HIV, vírusovej hepatitídy HCV, HBV, ako aj kultivácia z vonkajšieho ústia uretry na Neisseria gonorrhoeae. Výter z tonzíl vyšetrený kultivačne nepotvrdil prítomnosť infekcie beta hemolytickým streptokokom. Po liečbe 3 MU depotného penicilínu podávaného vždy v 7-dňových intervaloch, celkovo 4-krát, klinické prejavy syfilisu rýchlo regredoali.

Ku infekcii syfilisom došlo pravdepodobne počas náhodného sexuálneho styku s neznámou ženou na diskotéke. Pacient následne infikoval syfilisom aj svoju priateľku počas gravidity, ktorá bola liečená v mieste trvalého bydliska. Pacient býva v rodinnom dome, pracuje ako stavbár, fajčí asi 8 cigariet denne, alkohol požíva príležitostne.

Kazuistika č. 2

35-ročná pacientka bola na dermatovenerologickú kliniku odoslaná praktickým lekárom pre podozrenie na alergický exantém po potravinách (jedla jahody). Makulózny generalizovaný exantém postihoval celé telo vrátane dlaní a chodidiel, morfy nesvrbeli (Obr. 2). Prvé prejavy začali asi pred 2 mesiacmi v trvaní 14 dní a ktoré následne regredovali. V tom čase užívala Zenaro. Asi po ďalších 21 dňoch makulózny exantém recidivoval, kožné morfy už boli výraznejšie a tmavočervenej farby. V tom čase už bola hospitalizovaná a skriningovými testami (TPHA 1:5120, VDRL pozitívne) bolo diagnostikované sekundárne štádium syfilisu (*syphilis secundaria recidivans*). Sérologia vyšetrená v Národnom referenčnom laboratóriu pre diagnostiku syfilisu v Košiciach potvrdila uvedenú diagnózu (VDRL kvalitatívne reaktívne, VDRL kvantitatívne 1:8 reaktívne, FTA-ABS IgG reaktívne, ELISA IgM pozitívne, prítomné nešpecifické netreponémové protilátky, prítomné špecifické treponémové protilátky triedy IgM a IgG). Nakoľko pacientka udávala migrenózne bolesti hlavy, bolo vykonané neurologické a oftalmologické konziliárne vyšetrenie, ktoré vylúčilo obraz syfilitickej meningitídy resp. príznaky neurosyfilisu. Napriek tomu bola vykonaná lumbálna punkcia. Mozgomiešny likvor vyšetrený v Národnom referenčnom laboratóriu pre diagnostiku syfilisu potvrdil pozitívitu likvoru na syfilis (VDRL kvantitatívne reaktívny, FTA-ABS-IgG titer 1:5: 3+ reaktívny, albumínový kvocient: albumín v likvore 0,226 x 10,3/albumín v sére 40,9 – 5,7). Vyšetrenie mozgu magnetickou rezonanciou však nepotvrdilo nijaké zmeny na štruktúrach mozgu svedčiace pre prebiehajúcu syfilitickú infekciu. V dôsledku uvedených výsledkov bola zahájená liečba kryštalickým penicilínom v dennej dávke 20 MU v trvaní 21 dní. Kožné prejavy sekundárneho syfilisu v dôsledku uvedenej liečby rýchlo regredovali. Gynekologické vyšetrenie a ani ECHO srdca nepotvrdili nijakú patológiu. Negatívne boli tiež sérologické vyšetrenia na HIV, vírusy hepatitídy HCV, HBV, ako aj kultivačné vyšetrenie sterov z endocervixu a uretry na *Neisseria gonorrhoeae*. Všetky biochemické vyšetrenie – hepatálne enzýmy vrátane laktikodehydrogenázy, kreatininfosfokinázy, krvného obrazu diferenciálu, sedimentácie erytrocytov, CRP, parametrov obličkových funkcií, lipidogramu, mineralogramu, glykémie, imunoglobulínov IgG, IgA, IgM, reumatoidný faktor a tiež ASLO boli v rámci referenčných hodnôt. Negatívne bolo tiež biochemické a kultivačné vyšetrenie moču.

Pacientka bola slobodná, nezamestnaná, udáva 2 pôrody, okrem toho prekonala 2 tubárne gravidity s následnou obojstrannou salpingektómiou. V priebehu posledných 6 mesiacov udávala asi 10 sexuálnych partnerov, s dvoma dcérami bývala v azylovom dome, fajčí 3 cigarety denne, alkohol nejuje.

Kazuistika č. 3

40-ročný pacient bol na dermatovenerologickú kliniku odoslaný oftalmológom s nálezom akútnej retinitídy veľmi suspektnej ako neurosyfilis. Skriningové sérologické vyšetrenia na syfilis TPHA boli vysoko pozitívne (viac ako 1:5120, VDRL pozitívne). Pacient bol bez akejkoľvek klinickej symptomatológie syfilisu na koži a slizniciach, subjektívne však udával neznesiteľné bolesti hlavy.

Sérologické vyšetrenia na syfilis v Národnom referenčnom centre pre diagnostiku syfilisu v Košiciach (VDRL kvalitatívne reaktívne, VDRL kvantitatívne reaktívne, FTA-ABS IgG 1:5, 4+ reaktívne, ELISA IgG pozitívne) a vyšetrenie mozgomiešneho likvoru (VDRL kvantitatívne nereaktívne, FTA-ABS-IgG pozitívne, TPHA 1:160, 3+ pozitívne; neprítomné nešpecifické antitreponémové protilátky, prítomné špecifické antitreponémové protilátky) boli so záverom neurosyfilis. Magnetická rezonancia mozgu potvrdila multifokálny proces v bielej hmote a vpravo F aj kortikálne so zmenami na mikrovaskulárnej úrovni, t.č. nespĺňa Barkhofove kritériá, atrofia mozgová. Intratekálna oligoklonálna syntéza IgG podľa Reibera. Tento obraz svedčí pre prekonanú syfilitickú encefalitídu. Okrem syfilisu pri hepatálnej lézii pacient mal tiež pozitívitu vírusov hepatitídy HBsAG (dokázané tiež konfirmačným testom), ďalej anti HBcAG celkové reaktívne, anti HBeAg pozitívne a HBeAg negatívne. Metodikou PCR DNA bolo vyšetrenie na HBV ako aj HCV negatívne. Negatívne bolo tiež vyšetrenie na HIV (anti HIV ½, HIV p 24Ag). Pacient bol bez urologickej symptomatológie, z vonkajšieho ústia uretry nebola kultivačne izolovaná *Neisseria gonorrhoeae*. Kardiologické aj pľúcne vyšetrenie boli negatívne. Biochemicky mal vysoké sérologické hodnoty reumatoidného faktora 263 (norma do 20,0), tiež hepatálnych enzýmov (AST – 0,73 ukat/l; ALT 1,16 ukat/l – norma 0,1 – 0,85; ALP 1,44 ukat/l), elevácia IgG 21,559 (norma 8,0 – 18,0), CRP 13, 6 (norma 0,0 – 5,0) a ASLO 295,3 U/ml (norma 0,0 – 200,0), pri negativite LDH, ale aj CRP, GMT, imunoglobulínov IgM, IgA, C3 zložky komplementu, parametrov mineralogramu, glukózy, sérových bielkovín, urey, kreatinínu, glykémie, parametrov autoimunitného panelu (ANA HEp-2, pANCA, cANCA, anti-ds DNA, anti-SS-A, anti-SS-B, anti-SM, CIK – cirkulujúce imunokomplexy), ako aj krvný obraz diferenciál. Liečbou ceftriaxonom 2,0 g i.v. denne počas 21 dní ustúpili bolesti hlavy, sanoval sa oftalmologický nález akútnej retinitídy a tiež sa normalizovali pôvodne zvýšené biochemické parametre.

Pacient udával, že je 20 rokov ženatý, má 3 zdravé deti a okrem manželky, ktorá je tiež pozitívna na *syphilis latens* bez označenia štádia a ktorá sa liečila v mieste trvalého bydliska, nemal inú sexuálnu partnerku. Pacient nefajčí, alkohol pije príležitostne a pracuje v Nemecku ako obkldač.



Obr. 2 • Makulózny generalizovaný exantém, *syphilis secundaria recens*

Kazuistika č. 4

39-ročný pacient, sledovaný a liečený v centre pre liečbu HIV infekcie (anti HIV 876,38 norma 0,0 – 1,0), tiež na pozitívitu vírusu hepatitídy C (PCR HCV RNA HCV 270,0 kópii/ml – pozitívne), pozitívitu Epstein-Barrovej vírusu (EBV PCR DNA 8937,0 kópii/ml), s prejavmi makulózneho exantému na tele a tiež stupajach a dlaniach, pri pozitívite sérologických testov na syfilis. Sérologické vyšetrenie v Národnom referenčnom laboratóriu pre diagnostiku syfilisu v Košiciach potvrdilo uvedenú diagnózu (VDRL kvalitatívne reaktívne, VDRL kvantitatívne 1:8 reaktívne, FTA-ABS IgG reaktívne, ELISA IgM pozitívne, prítomné nešpecifické netreponémové protilátky, prítomné špecifické treponémové protilátky triedy IgM a IgG). Nález bol klasifikovaný ako syphilis secundaria recens, perianálne s prejavmi condylomata acuminata, a genotypizáciou metódou PCR bol potvrdený HPV DNA 91 genotyp. Pre negatívne neurologické aj oftalmologické vyšetrenie nebola indikovaná lumbálna punkcia ani MR vyšetrenie mozgu. Po liečbe depotného PPG 3,0 MU aplikované 1-krát za 7 dní, 4-krát opakovane syfilitický exantém rýchlo regredoval. Condylomata acuminata boli sanované po opakovanej aplikácii kryodestrukcie tekutým dusíkom v kombinácii s podofylotoxínom a následnou liečbou sinecatechínom v masti, aplikovanom 3-krát denne.

Pacient udáva infekciu HIV a syfilisom po homosexuálnom kontakte s neznámym mužom na zábave v Ostrave.

Kazuistika č. 5

38-ročný muž (hmotnosť 118 kg, výška 182 cm, obvod pásu 118 cm), silný fajčiar má prejavy hidradenitis suppurativa asi 14 rokov v 6 lokalitách: axily obojstranne – Hurley II., ingvíny obojstranne – Hurley III, gluteá – Hurley III, mons pubis – Hurley II. V minulosti bol opakovane liečený isotretinoínom, antibiotikami prolongovane (klindamycín – 12 týždňov opakovane, doxyhexal dlhodobo). Všetky biochemické parametre mal v rámci referenčných hodnôt: imunoglobulíny IgG, IgA, IgM, mineralogram, parametre obličkových funkcií, krvný obraz diferenciál, beta 2 mikroglobulín, hepatálne enzýmy, pankreatická amyláza, kyselina močová, glykémia, lipidogram, Quantiferonový test, test na HIV, vírusové hepatitídy HCV, HBMC. Hranične boli zvýšené parametre akútnej fázy zápalu CRL 6,6 mg/l; laktikodehydrogenáza 4,87 ukat/l (norma 1,83–4,12). V rámci protokolu ku zahájeniu biologickej liečby hidradenitis suppurativa blokátorom tumor nekrotického faktora alfa adalimumabom bola náhodne diagnostikovaná pozitívita skríningových testov na syfilis (RPR negat, TPHAQ pozit, TPHA pozit 20; sérologia syfilis 3,78 pozitívne). Výsledky z Národného referenčného centra na diagnostiku syfilisu potvrdilo diagnostiku syfilisu bez označenia štádia, pravdepodobne neskorého syfilisu (VDRL – kvalitatívne nereaktívny, VDRL – kvantitatívne 24 % neistota, FTA-ABS-IgG 1:5 3+ reaktívny, neprítomné nešpecifické netreponémové protilátky, prítomné špecifické treponémové protilátky triedy IgG). Pred zahájením liečby adalimumabom bol pacient liečený PPG 3 MU i.m. v trvaní

21 dní, v minulosti však bol opakovane dlhodobo liečený antibiotikami klindamycín 3-krát 300 mg denne 12 týždňov a doxyhexal 100 mg denne 28 dní.

Diskusia

Získaný syfilis (väčšinou pri pohlavnom styku) sa delí na včasný a neskorý. Včasný syfilis zahŕňa primárny, sekundárny a včasný latentný syfilis. Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) definuje včasný syfilis ako syfilis získaný pred menej ako jedným rokom a Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) ako syfilis získaný pred menej ako dvomi rokmi. Neskorý syfilis zahŕňa neskorý latentný syfilis a terciárny syfilis (gumózny syfilis, kardiovaskulárny syfilis a neurosyfilis). ECDC definuje neskorý syfilis ako syfilis získaný pred viac ako jedným rokom a Svetová zdravotnícka organizácia ako syfilis získaný pred viac ako dvomi rokmi.

Primárne štádium je charakteristické iniciálnou léziou v mieste primárneho kontaktu. Typický ulcus durum (tvrdý vred) je solitárny, nebolestivý, s tuhou, ružovočervenou, lesklou spodinou a nepodmínovanou perifériou. Vred môže mať rôzne rozmery, jeho priemer je najčastejšie v rozmedzí 1 – 2 cm. Morfológicky hovoríme o povlečenom vrede, ak je jeho povrch intaktný; ak je erodovaný, tak ide o vred erózný. Každá primárna syfilitická lézia sa prvotne objavuje ako primárna papula, neskôr erózný vred, ktorý finálne ulceruje [2]. V okolí vrelu môžeme niekedy nájsť edém [3]. Lokalizácia primárneho syfilitického prejavu je v 90 % genitálna [1]. U mužov ide hlavne o glans penis a sulcus coronarius.

Príznaky sekundárneho štádia sa u človeka nakazeného syfilisom začínajú prejavovať spravidla okolo 9. týždňa po nákuze. V dôsledku bakterémie, generalizáciou infekcie (takzvaná treponémová sepsa) dochádza ku multi-systémovému postihnutiu s rozmanitosťou klinických prejavov na koži aj slizniciach v podobe exantému a enantému. Takáto klinická manifestácia sekundárneho syfilisu na koži a slizniciach môže byť rôzna a môžeme si toto ochorenie pomýliť s inými kožnými chorobami, čo bolo aj v prípade kazuistiky č. 2, kde exantém (Obr. 2) bol najprv nesprávne klasifikovaný a teda aj liečený ako nežiaduci účinok liečby. Pred vznikom exantému sú často prítomné celkové prodromálne „chrípkové“ príznaky (zvýšená teplota, únava, artaralgia, myalgia, cefalea, generalizovaná nebolestivá lymfadenopatia). Toto štádium trvá v rozmedzí časového intervalu 2–3 roky [2].

Počiatkový (vstupný) exantém sa prejavuje ako syfilis maculosa (roseola syphilitica), ktorý sa objavuje 6 – 8 mesiacov po primárnom prejave, ulcus durum. Toto štádium je charakterizované symetrickým výsevom monomorfných, izolovaných, oválnych, nesvrbiacich, niekedy ťažko viditeľných, neolupujúcich sa makúl veľkých 5 – 15 mm [3]. Ich povrch je hladký, lézie nesplývajú, no ich okraje sú však zvyčajne nezreteľné a farbou varujú od svetloružovej, ružovej, až po hnedočervenú s tmavším stredom a svetlejšou perifériou, orientované podľa smeru štiepatelnosti kože [2]. Tieto lézie postihujú embolizačnú lokalizáciu, t.j. najviac v oblasti postranných partií trupu

a brucha, na končatinách sú to najmä partie flexorov, ohyby a vnútorné strany stehien a paží. Charakteristickým znakom sú aj jemné, šunkovo sfarbené makuly na dlaniach a stupajách nôh. Nebýva lokalizovaný v tvári a v štici, ak predsa, predominantne na čele. Prejavy odznievajú do dvoch týždňov spontánne bez akýchkoľvek reziduí, alebo môžu zanechať pozápalové hnedavé sfarbenie kože.

Syphilis tertiaria je v súčasnosti veľmi vzácny, jeho vznik pozorujeme len u 1/3 neliečených pacientov. Je to konečné štádium neliečeného, alebo neadekvátne liečeného syfilisu a nadväzuje na sekundárny syfilis s latenciou v 3. – 5. roku infekcie [3, 4]. Organizmus reaguje na infekciu granulomatóznym zápalom, ktorý postihuje len jednotlivé orgány, napr. pľúca, mozog, pečeň, srdce, jazyk, oči, preto tieto klinické prejavy nie sú difúzne, práve naopak, často asymetrické, zoskupujú sa, splývajú a zanechávajú jazvy alebo atrofie [2]. Obraz a priebeh tohto štádia môže značne variovať, pretože závisí od imunologických procesov prebiehajúcich v organizme a ich intenzity.

Ďalšou veľmi závažnou a dnes veľmi ojedinelou komplikáciou je postihnutie CNS (neurosyfilis), ktoré sa prejavuje aj niekoľko desaťročí po primárnej infekcii. Je to degeneratívne postihnutie mozgu a miechy – progresívna paralýza, alebo tabes dorsalis (progresívna lokomotorická ataxia). Ide o následok postihnutia miechových nervov, spolu s bolesťami vnútorných orgánov (zvracanie, tráviace ťažkosti, bolesti v epigastriu, retencia moču, symptomatika NPB), charakteristickou chôdzou, oslabením až stratou reflexov [2]. V dôsledku postihnutia nervov dochádzalo k ťažkému artrotickému postihnutiu väčších kĺbov (bedrových, kolenných a členkových). Pacient máva bilaterálne úzke zrenice, často asymetrické, ktoré nereagujú na osvit ďalším zúžením, no reakcia na akomodáciu je prítomná a normálna. Nazývajú sa Argyll-Robertsonove zrenice [5].

Pacient ďalej môže mať kŕče, diplopiu, hluchotu, hemiplegiu alebo môže upadnúť až do kómy [6]. Meningovaskulárny lues nastupuje v 3. – 9. roku od primárnej infekcie a je výsledkom endarteritídy a prejavuje sa symptómami mozgovej porážky. Vzniká náhle, vyznačuje sa mozgovým infarktom, ktorý môže byť lokalizovaný kdekoľvek, no najčastejšie v povodí arteria cerebri media. Meningeálne príznaky ako stuhnutosť šije, cefalea a cerebrospinálna pleocytóza sú v menšom množstve (asi 10 %) tiež prítomné [6] ako prodromálne javy pred samotným inzulom. Gumózne postihnutie mozgu má za následok veľmi závažný stav, intrakraniálnu hypertenziu [2, 7]. Inou možnosťou je postihnutie mozgového tkaniva zápalmi a degeneratívnymi procesmi ničiacimi nervové bunky, hlavne v mozgovej kôre. Takéto parenchymové poškodenie sa objavuje spravidla až po viac ako 10 rokoch od infekcie [4]. To sa prejavuje zmenou osobnosti, apatiou, poruchou reči, demenciou, stratou pamäti alebo až celkovým rozpadom osobnosti [5]. Takáto forma syfilisu bez adekvátnej liečby vedie výlučne k smrti [6].

Záver

Na prezentovaných 5 prípadoch syfilisu poukazujeme, ako je dôležité myslieť na túto pohlavnú chorobu v súčasnosti, nakoľko syfilis v našich podmienkach nie je raritné ochorenie. V prípade neurosyfilisu je potrebné poukázať na potrebu včasnej diagnostiky a liečby syfilisu, aby do takéhoto štádia, často už ireverzibilného, sa pacienti nedostávali. Veľmi dôležité je skriningové vyšetrenie a tým aj aktívne vyhľadávanie prípadov syfilisu najčastejšie v štádiu latencie infekcie, ako aj vyšetrenie na syfilis v gravidite, pred operáciou, pred zahájením biologickej liečby, pacientov imunosuprimovaných, ale aj napríklad HIV pozitívnych a podobne.

Literatúra

1. Kuklová I, a kol.: Dermatovenerológia pre všeobecných praktických lekárov. Bratislava: Raabe J.; 124-134. ISBN 978-80-8140-054-4.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH: Dermatológia a venerológia. Martin: Vydavateľstvo Osveta, s. r. o., 2001; 113-147. ISBN 80-8063-080-1.
3. Buchvald J, Buchvald D: Dermatovenerológia. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2002; 50-56. ISBN 80-223-1681-4.
4. Švecová D, Danilla T: Textbook of Dermatology. Bratislava: Comenius University Bratislava, 2010; 75-84. ISBN 978-80-223-2833-3.
5. Záhumenský J, Jilich D, Vaňousová D: Základy moderní venerologie. Praha: Maxdorf, 2015; 77-89. ISBN 978-80-7345-429-6.
6. Orkin M, Maibach, Howard I, Dahl M: Dermatology. East Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, 1991; 101-112. ISBN 0-8385-1300-X ISSN: 1051-9796.
7. Buchvald J: Choroby prenášané pohlavným stykom a ako sa pred nimi chrániť. Bratislava, FABER, 2002; 6-12. ISBN 80-89104-01-0.